

Beneva

625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : (418) 646-1313 • adm.collectif@beneva.ca

N° de groupe 	N° d'employeur 	N° d'identification
------------------	--------------------	-------------------------

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ) 	
N°, rue, app.				Ville	
Province	Code Postal 	Téléphone principal 	Poste	Téléphone (autre) 	Poste

2. AUTORISATION

Par la présente, j'**autorise** La Capitale assureur de l'administration publique inc. à déposer mes prestations dans mon compte bancaire. **Veillez compléter les informations bancaires ci-après, aucun spécimen n'est requis.**

N° de succursale 	N° d'institution 	N° de compte
----------------------	----------------------	------------------

Garanties :

☐ Dentaire ☐ Maladie ☐ Invalidité

Nous vous prions de retourner ce formulaire dûment rempli à :

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

3. SIGNATURE

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature _____